

Université
de Paris

Faculté de Médecine

1191

THÈSES DE DOCTORAT

Docteur SEBAG Albert

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

**Contribution à l'Étude
des Résultats favorables des Sections
d'adhérences pleurales**

PARIS 1939

*Université
de Paris*

Faculté de Médecine

THÈSES DE DOCTORAT

Docteur SEBAG Albert

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude des Résultats favorables des Sections d'adhérences pleurales

PARIS 1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

*Université
de Paris*

Faculté de Médecine

THÈSES DE DOCTORAT

Docteur SEBAG Albert

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude des Résultats favorables des Sections d'adhérences pleurales

PARIS 1939

A ma Mère

A mon Père

Avec mon amour filial le plus profond

A ma Tante et à mon Oncle

A. Pariente

*qui m'ont entouré d'une si affectueuse
sollicitude en témoignage de ma grande
reconnaissance.*

A mes frères,

A tous les miens.

Au Docteur Troisier

Médecin de l'Hôpital Laennec

Professeur de la Clinique de la Tuberculose.

*qui nous a accueilli dans son service
et après nous avoir prodigué son ensei-
gnement, nous a fait l'honneur de
présider cette thèse. Témoignage de
notre immense gratitude.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Docteur Bernard DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux

Hospices des Petits-Ménages

1936-1937

Docteur B A R I E T Y

Médecin des Hôpitaux
Professeur agrégé

Hôpital Laennec

1937

Docteur Etienne BOLTANSKI

Médecin des Hôpitaux

Hôpital Saint-Antoine

1937-1938

Docteur Paul HALBRON

Médecin des Hôpitaux

Hôtel - Dieu

1938

Docteur Maurice CHIRAY

Médecin des Hôpitaux
Professeur agrégé
Titulaire de la Chaire d'Hydrologie et de
Climatologie.

Hôpital Bichat

1938-1939

Docteur Arnault TZANCK

Médecin des Hôpitaux

Hôpital Saint-Louis

1939

Au Docteur D. Douady

Ancien Interne des Hôpitaux.

Médecin-Chef du Sanatorium des Etudiants.

En témoignage de notre gratitude

A mes Maîtres de Conférences

A mes Amis

Contribution à l'Étude des Résultats favorables des Sections d'Adhérences Pleurales

Avant-propos

C'est à Jacobæus de Stockolm que revient le grand mérite d'avoir mis au point la méthode qui consiste à débrider les adhérences pleurales sous contrôle d'un Thoracoscope, au moyen d'un Thermocautère introduit dans la cavité pleurale.

Depuis, cette méthode a été appliquée par de très nombreux opérateurs avec des modifications techniques portant, surtout, sur la nature des courants électriques employés. Nous n'entrerons pas dans les détails techniques de l'intervention.

Nous nous bornerons, dans cette étude, à analyser les diverses conditions qui vont influencer sur le succès de l'intervention, afin de pouvoir en tirer quelques conclusions pratiques.

CHAPITRE PREMIER

Depuis l'application du Pneumothorax artificiel par Forlanini, dans le traitement de la Tuberculose Pulmonaire, les différentes statistiques établies par de nombreux auteurs ont permis de conclure que le succès final dépendait de deux facteurs :

L'application précoce ;

L'existence d'un collapsus complet.

D'après ce dernier facteur, on a pu diviser les Pneumothorax en trois catégories :

La première comprend les Pneumothorax complets et d'emblée efficaces.

La deuxième, les Pneumothorax franchement mauvais, « petits partiels ».

La troisième catégorie est celle qui nous retiendra tout spécialement. Elle comprend les Pneumothorax moyens « grands partiels ».

C'est à leur propos que les discussions se sont sou-

levées. Faut-il attendre, espérer en la cure hygiéno-diététique, n'entreprendre des modifications possibles du Pneumothorax artificiel que lorsque de longs mois auront permis de constater son inefficacité, où même son rôle néfaste. Ici, M. Léon Kindberg nous dit : « Nous ne pensons pas que l'expectative soit nécessaire, bien au contraire, c'est tout de suite qu'il faut s'efforcer de transformer le Pneumothorax et c'est de la précocité de ces efforts que dépendra le succès final.

Les deux obstacles que l'on rencontre dans cette troisième catégorie de Pneumothorax sont :

L'irrétractibilité du moignon pulmonaire et surtout, l'existence d'adhérences pleurales.

L'importance de ces adhérences a été mise en évidence par de nombreux auteurs, et nous citerons ici quelques chiffres.

Paul Veran donne les résultats suivants :

Sur deux cent vingt-neuf malades, anciens porteurs de Pneumothorax artificiel interrompu pour guérison, on trouve :

Malades ayant présenté un collapsus idéal	98 %
— — — efficace	93 —
Malades ayant présenté un Pneumothorax efficace, mais cloisonné	65 --
Malades ayant présenté un Pneumothorax très cloisonné, avec adhérences juxta-lésionnelles	0 --

Matson cite les chiffres suivants :

	Guérison	État Stationnaire	Mort
Collapsus complet ..	48 %	20 %	21 %
— partiel ..	13 %	13 %	50 %

Gravesen donne, également, des chiffres significatifs :

	À ple au Travail	Mort
Pneumothorax complets sans adhérences	70 %	24 %
Pneumothorax complets avec adhérences localisées « grands partiels »	11 %	66 %
Pneumothorax incomplets « petits partiels » inefficaces	11 %	67 %

Cette dernière statistique montre nettement l'influence défavorable des adhérences mêmes localisées sur le nombre des survies.

Unverricht obtient sur 57 cas :

	Cliniquement guéris	Malades	Morts par tuberculose
Pneumothorax totaux	66,6 %	13,3 %	6,7 %
Pneumothorax plus adhérences filiformes	26,3 %	63,2 %	10,5 %
Pneumothorax « partiels » avec larges adhérences	8,7 %	39,1 %	43,5 %

Là encore, on constate l'énorme influence de brides filiformes ou membraneuses semblant quelquefois de peu d'importance, qui, bien que n'empêchant pas le collapsus, augmente de cinq fois le chiffre des malades stationnaires, si on le compare à celui des pneumothorax totaux. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question.

CHAPITRE II

Il est important de savoir sur quels éléments on jugera une évolution favorable de l'opération de Jacobæus.

On se basera successivement sur les modifications cliniques, bactériologiques et radiologiques.

1° Cliniquement on constatera que : la température, jusque là plus ou moins élevée, descend progressivement à la normale.

L'étude du Poids montre une augmentation progressive coïncidant avec un aspect général meilleur.

Enfin, l'expectoration, souvent après une première phase d'augmentation, diminue progressivement.

Par contre, l'examen clinique du poumon fournira peu de renseignements sous le Pneumothorax.

2° La Bacilloscopie représente, de l'avis de tous, un des meilleurs symptômes. Aussi, est-il nécessaire, avant de conclure à l'absence de bacille de Koch, de pratiquer des examens en série, avec homogénéisation, des tubages gastriques et, au besoin, une inoculation au cobaye.

3° Enfin, l'étude des différents films radiographiques, l'étude radioscopique mettra en évidence la régression plus ou moins rapide des lésions.

Il apparaît ainsi évident que, pour juger favorable une intervention de Jacobæus, il importe d'intervenir sur un sujet dont le Pneumothorax n'apparaissait pas jusque là efficace, comme le montrait l'analyse des divers

éléments étudiés ci-dessus. Nous reverrons ultérieurement les discussions soulevées par l'indication des sections d'adhérences au cours de Pneumothorax qui semblaient cependant efficaces.

Ainsi, après avoir étudié l'inlérêt de cette intervention, et la manière de juger son action favorable, il importe d'analyser les divers éléments qui interviennent dans cette évolution favorable.

CHAPITRE III

Parmi les facteurs qui agissent sur l'efficacité de l'opération de Jacobæus, il en est un qui est capital : les modifications techniques apportées par l'opération.

1° Il est des cas où celle-ci permet d'obtenir un collapsus complet du moignon pulmonaire, que l'on constate au cours même de l'intervention. C'est dans ce but qu'a été créée l'intervention et c'est lui qu'elle s'efforcera d'atteindre. Mais, nous verrons que l'on rencontrera souvent de grosses difficultés opératoires.

Aussi, faut-il tâcher de reconnaître d'avance les cas où l'intervention risque d'être totale et complète, c'est-à-dire les cas où le moignon pulmonaire n'est retenu que par quelques fils isolables, bien tendus, ou encore par un voile membraneux, peu épais et étiré.

Mais, il faut savoir que l'examen radiologique fournit sur ce point peu de renseignements précis. Il ne donne que des indications assez vagues sur le point d'insertion des adhérences, sur leur épaisseur, sur leur volume et leur constitution. L'examen radiologique permet, cependant, d'indiquer le point de pénétration du Thoracoscope.

C'est, en effet, seul, l'examen endoscopique qui permettra de poser les indications opératoires.

Les brides filiformes, membraneuses, sans pénétration de parenchyme pulmonaire, siégeant dans le 3° ou le 4° espace, sont les indications de choix.

Les brides apexiennes ou diaphragmatiques sont des indications relatives.

Les adhérences symphysaires courtes, étendues, épaisses, sont considérées par la majorité des auteurs comme contre-indications (Fritz).

Ainsi donc, l'intervention devra s'efforcer d'obtenir un collapsus complet.

2° Mais, il est des cas où ce collapsus ne pourrait s'obtenir sans risquer d'avoir des complications post-opé-

ratoires, qui ne sont pas toujours bénignes et qui peuvent réagir sur l'évolution de la maladie.

Aussi, on se contentera bien souvent de résultats techniques incomplets qui, cependant, permettront d'observer une évolution favorable de la maladie.

Parfois, on n'arrive qu'à sectionner quelques brides latérales ou obliques, mais on ne peut supprimer des adhérences apexiennes ou médiastinales. On obtient dans ces cas le Pneumothorax dit « en corde », tendu du sommet au diaphragme et qui donne, dans la majorité des cas, de très bons résultats définitifs.

D'une manière générale, au cours des sections difficiles, on devra s'efforcer de supprimer les adhérences dont l'axe de traction ne coïncide pas avec le diamètre de la caverne.

3° Enfin, dans un dernier groupe de cas, l'intervention est restée plus incomplète, l'opérateur n'a pu qu'entamer certaines brides épaisses sans pouvoir les sectionner complètement.

Ces cas sont, en réalité, des erreurs d'interprétation de l'opérateur qui pensait pouvoir supprimer totalement des adhérences. En effet, il faut se méfier de ces cas, car la plupart des auteurs admettent que l'on ne doit pas s'attaquer à une adhérence que l'on sait ne pouvoir être sectionnée entièrement. Cependant, il faut savoir que, parfois, l'intervention permet de constater dans les semaines suivantes, un allongement progressif de l'adhérence, allongement parfois suffisant pour entraîner un affaissement de la caverne.

On a vu ainsi l'importance des résultats techniques de l'intervention dans l'évolution ultérieure de la maladie.

Mais, ce facteur, tout en étant primordial, ne peut suffire à assurer une évolution favorable des lésions. Il est des cas où malgré l'existence d'un collapsus complet, il ne se produit aucune amélioration. La fièvre persiste, l'expectoration bacillifère ne se tarit pas, les lésions s'accroissent. C'est dire qu'il faut savoir compter avec les tendances évolutives propres à l'infection tuberculeuse causale. « Nous aimerions mieux, nous dit Desmarest, pouvoir donner à cette évolution le nom de complication. Témoin ce malade qui, ayant été suivi depuis 1930, eut son premier Pneumothorax en 1931, son deuxième en 1935 ; ce dernier étant retenu par une bride,

celle-ci fut sectionnée complètement. L'intervention n'amena aucune amélioration et six mois après une dyspnée intense avec fièvre et cyanose obligea à une désinsufflation bilatérale, ce qui n'empêcha pas au malade de succomber quelques jours après ».

Dans ces cas, il semble qu'il ne faille pas perdre de temps et comme le dit Rougny : « Avouons notre impuissance et transportons-nous sur un terrain chirurgical qui nous offrira encore des planches de salut ».

Certains facteurs plus généraux viennent également influencer sur l'évolution favorable de l'opération.

La résistance du sujet et son âge sont des éléments importants. Il est évident qu'un adulte jeune, dont l'état général a été peu touché par la maladie supportera mieux l'intervention et risquera moins de faire des complications post-opératoires.

La surveillance du malade, après l'intervention, apparaît également importante. Sur ce point, il convient d'opposer les malades suivis et traités en sanatorium, dont le Pneumothorax sera entretenu par le même médecin et qui sera soumis à une cure rigoureuse, aux malades de ville, ambulation qui risquera de faire plus souvent des complications et, en particulier, de nouvelles poussées évolutives dans le moignon.

Enfin, certaines considérations d'ordre social doivent également entrer en jeu et on ne saurait trop y insister. Enfin, il faut savoir tenir compte du genre de vie que retrouvera le malade à la sortie du sanatorium. La sous-alimentation, les soucis, le surmenage physique ou intellectuel, sont autant de facteurs de récidives.

Tous ces facteurs généraux sont très intéressants et doivent être retenus lorsqu'on voudra formuler un pronostic.

CHAPITRE IV

Nous n'avons, jusqu'ici, envisagé que les cas où l'intervention s'appliquait à des Pneumothorax paraissant jusqu'alors inefficaces ; la question se pose de savoir s'il y aurait intérêt à étendre l'intervention au Pneumothorax qui, bien que rendus partiels par des adhérences pleurales, n'en deviennent pas moins efficaces.

Cette question a beaucoup intéressé les opérateurs et soulevé de nombreuses discussions ; mais, actuellement, la majorité des auteurs semblent s'être mis d'ac-

cord, et l'on pourra conclure avec eux que l'intervention de Jacobæus peut être étendue à cette dernière catégorie de Pneumothorax, chaque fois que l'opération apparaîtra d'emblée aisée. Il est intéressant, à ce sujet, de citer quelques avis recueillis par le D^r Pyronnet dans son intéressante thèse.

M. *Douady* pense qu'il faut élargir les indications en ce qui concerne les brides faciles ; il intervient très souvent dans ces conditions en raison de la clientèle d'étudiants qu'est la sienne. Il s'agit, en effet, de sujets assez actifs et jeunes pour lesquels la nécessité de continuer leurs études entraîne la difficulté d'un repos prolongé. Il s'agit, de plus, de malades insoucians et fantaisistes dans l'entretien de leur Pneumothorax ; il faut donc, dans le temps de six mois à un an les mettre dans les meilleures conditions de repos du poulmon.

M. A. *Meyer* se basant sur l'étude de dossiers, tant de l'hôpital Laennec que de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur F. Bezançon) pense qu'un Pneumothorax bridé peut parfaitement guérir et cette guérison peut être durable.

Les récidives se verraient aussi bien dans les Pneumothorax totaux que dans les Pneumothorax avec adhérences. Elles se font aussi bien au point d'implantation d'une bride qu'ailleurs.

M. *Brissaud*, *hôpital Laennec, Paris*, au contraire, pense qu'il faille élargir au maximum l'intervention. L'existence de cavernes discrètes, l'absence de B. K., ne sont pas, à son avis, des contre-indications.

M. *Chadourne*, *hôpital Laennec, Paris*, pense qu'un très grand nombre de Pneumothorax bridés sont parfaitement efficaces, mais comme on ne sait pas, à priori, quels sont ceux qui vont rechuter, il faut, à son avis, intervenir chaque fois que cela est possible.

MM. *Dumarest* et *Germain* pensent, également qu'il faut intervenir ; un Pneumothorax bridé devant être entretenu plus longtemps et risquant plus facilement un épanchement et une récidiye après l'abandon.

OBSERVATION N° 1

*Due à l'obligeance des D^{rs} Douady et Cohen
à Saint-Hilaire-du-Touvet.*

Sujet

A..... Raymonde, 18 ans, études secondaires.

Description des lésions

Tuberculose ulcero-caséeuse bilatérale ;
à gauche, grosse caverne sous-claviculaire avec
niveau liquide ;

à droite : deux cavernes plus petites, également sous-
claviculaires.

Etat général

Très mauvais, température 39,7, B. K ++. Création
du Pneumothorax gauche.

Etat local

Décollement, paraissant total, sauf en regard de la
cavité.

Etat général

Reste mauvais. Température 39° après les insuffla-
tions. Expectoration toujours abondamment bacillifère.
Avant la création du Pneumothorax artificiel droit, on
préfère libérer le premier.

Intervention

Deux mois et demi après la création du Pneumotho-
rax.

Protocole opératoire

Porte d'entrée antérieure et axillaire. Plèvre trans-
parente. Lobe supérieur est assez altéré et suspendu par :

1° Une membrane assez lâche, bien tendue, molle,
fibreuse, allant vers l'extrême sommet.

2° Une autre, comparable à la précédente, plus pos-
térieure et externe.

3° Un ruban bien tendu supéro-interne.

4° Beaucoup plus bas, près de la scissure, une mem-
brane très postérieure plus courte.

Toutes ces adhérences sont coupées sans incident
après une légère coagulation (100 ma).

Suites opératoires

Dyspnée, exsufflation. Excellent collapsus, pas de li-
quide, pas de réaction fébrile.

Suites éloignées et résultats.

Accentuation des lésions droites et création d'un pneumothorax droit un mois après l'intervention, *adhérence apicale externe sectionnée quatre mois après*, aboutissant à l'existence d'un double pneumothorax complet à l'exception d'une adhérence postero-interne du côté droit qui ne gêne pas.

Bon état général, malgré un certain amaigrissement.

Deux mois après la deuxième intervention, la malade passe le Baccalauréat (2^e partie).

Persistance à l'examen radiologique d'ombres bilatérales homogènes se nettoyant progressivement.

Une analyse encore positive sept mois après la deuxième section de brides.

Puis les analyses restent constamment négatives.

Six mois après la malade sort du sanatorium avec un très bon état général et local.

Un an après la sortie du sanatorium : état général excellent. Bacciloscopie constamment négative.

Résumé

Section de brides bilatérales ayant donné un collapsus total et efficace. Bon résultat maintenu depuis un an

OBSERVATION N^o 2

*Due à l'obligeance des D^{rs} Douady et Cohen
à Saint-Hilaire-du-Touvet.*

Le malade, âgé de 23 ans, étudiant en Médecine, présentait :

— une periscissurite supérieure droite excavée ;

— un semi-nodulaire dans le lobe supérieur, à point de départ hilair.

L'état général est médiocre, la température 38, B. K. +.

On crée alors le Pneumothorax, mais il reste incomplet par suite d'un système d'adhérences axillaires.

L'état général reste toujours médiocre, l'expectoration toujours bacillifère.

On pratique alors une section de bride un mois après le pneumothorax, on sectionne assez facilement 2 adhérences jumelles doublées d'un long ruban accessoire antérieur.

Le collapsus est immédiat.

Ultérieurement l'expectoration se tarit, les bacilles disparaissent. Le collapsus est complet.

Les analyses restent constamment négatives.

La caverne disparaît rapidement.

Trois ans après l'intervention, l'état général est excellent. Les radiographies montrent une petite plage sombre au niveau des anciennes lésions. Le pneumothorax est entretenu régulièrement.

OBSERVATION N° 3

*Due à l'obligeance de M. Foix.
à Saint-Hilaire-du-Touvet.*

B. A.... Marcel, 25 ans, tourneur, présente une atteinte diffuse du poumon gauche avec image cavitaires à la base.

Etat général médiocre, température 38, B. K. ++

Le Pneumothorax est créé; le décollement est bon, mais persistance d'un système adhérentiel axillaire et apical. La caverne est encore visible.

L'état général ne s'améliore aucunement. L'expectoration bacillifère persiste.

Deux mois après, on intervient :

On coupe aisément une adhérence axillaire cordiforme.

On distingue ensuite deux autres adhérences ; l'une membraneuse, assez courte, bien tendue, antérieure, l'autre molle et épaisse, contenant du poumon à insertion postéro-interne. Mais, on ne peut placer le cautère et on décide d'arrêter là l'intervention.

Aucune complication post-opératoire. Amélioration considérable du collapsus.

Ultérieurement, disparition des bacilles au bout d'un mois. Sort en très bon état quatre mois après la section des brides.

Deux ans plus tard, l'état général est très bon. L'expectoration nulle, les anciennes lésions ne sont plus visibles.

OBSERVATION N° 4

M^{me} D....., 25 ans.

Octobre 1934 ; La malade vient consulter pour une

toux persistante et un amaigrissement notable (2 kg. en un mois).

De plus, elle tousse, crache abondamment. La baciloscopie est nettement positive. L'état général est très médiocre. La température 38°.

Localement la radiographie montre une grosse infiltration du lobe supérieur, excavée sous la clavicule.

20 octobre : On crée le pneumothorax qui se décolle facilement, mais il reste incomplet par suite de l'existence d'un voile oblique externe et d'une bride longitudinale d'aspect très court.

Le 9 novembre on pratique la section du velum externe, mais on ne peut enlever la bride apicale, longitudinale.

En janvier 1935 on note un étirement notable de la bride persistante, la caverne est affaissée. Les bacilles ont disparu, l'expectoration est minime, l'état général est très bon.

La malade est revue en 1938, les insufflations se font régulièrement, l'image radiographique est très satisfaisante.

OBSERVATION N° 5

Malade du Dispensaire L. Bourgeois.

La malade âgée de 17 ans, papetière, présentait en avril 1932 :

Une tuberculose ; à droite ulcero-lobite supérieure non homogène, pas très dense, à limite scissurale nette ;

à gauche : taches et marbrures épaisses dans les 2/3 supérieurs sous la clavicule : grosse image lacunaire.

Après une tentative de chrysothérapie qui aurait paru efficace, les lésions, en juillet 1932, s'agrandissent à gauche.

Le 26 juillet 1932 : institution d'un Pneumothorax artificiel, la plèvre se décolle partiellement. On note en effet un système adhérentiel postérieur au niveau de la spelonque.

Après le Pneumothorax la température disparaît. Le poids reprend, mais persistance de l'expectoration bacillifère.

Les lésions gauches ne se modifient guère. La section de brides pratiquée le 25 novembre 1932, demeure incomplète et laisse persister un voile postérieur. Cepen-

dant le collapsus semble amélioré.

Au bout de deux mois on constate la disparition des B. K. L'état général s'améliore.

La malade est revue en février 1936, l'état général est excellent. Localement on note une légère plage sombre, mais homogène au niveau des anciennes lésions.

OBSERVATION N° 6.

Due à l'obligeance des D^{rs} Douady et Cohen à Saint-Hilaire-du-Touvet.

HA..... Gisèle, 26 ans, employée de bureau, présente :

— une tuberculose cavitaire du sommet gauche, d'évolution récente ;

— de plus, des lésions plus anciennes, fixées, du sommet droit.

Etat général médiocre, température 37,4, B. K. ++

Le Pneumothorax, créé, est rendu incomplet par un système complexe d'adhérences apexiennes.

L'état général reste toujours médiocre, l'expectoration toujours bacillifère.

Deux temps de section de brides sont pratiqués par le D^r Douady, l'un, un mois après la création du Pneumothorax, l'autre, deux mois après, aboutissant finalement à une libération totale du poumon.

Ultérieurement on constate une aggravation continue de l'état général, malgré un collapsus parfait.

L'image cavitaire persiste dans le moignon.

Six mois après la malade meurt par suite d'une évolution contro-latérale et d'une localisation intestinale.

OBSERVATION N° 7.

Due à l'obligeance des D^{rs} Douady et Cohen à Saint-Hilaire-du-Touvet.

Sujet.

B. P. (sexe masculin) 20 ans, Externe des Hôpitaux de Paris.

Etat lésionnel Avant — Description des lésions.

Pneumothorax : tuberculose ulcéreuse de la moitié supérieure du poumon gauche avec cavernes sous-claviculaires.

Etat général :

Aspect assez bon ; Température normale ; B. K. +

Création du Pneumothorax et période préopératoire

Etat local : Pneumothorax artificiel gauche. Bon décollement, mais le poumon reste suspendu par un système adhérences apicales internes.

Etat général : meilleur. Expectoration négative.

Intervention : Cinq mois après la création du Pneumothorax.

Protocole opératoire.

Plèvre transparente bien vascularisée.

Le lobe supérieur est suspendu par un système de brides dont la plus externe est d'abord sectionnée. C'est une bandelette assez mince, velamenteux, à demi-enroulée sur elle-même, dans laquelle le poumon s'enfonce assez profondément. On coupe deux membranes plus internes et enfin une dernière située en arrière du médiastin.. Pour celle-ci on doit faire basculer le malade en avant. On arrive, alors à l'accrocher et à la couper à distance de la paroi médiastinale.

Collapsus immédiat et total.

Suites opératoires

Complications : Atelectasie totale, faible quantité de liquide dans le sinus, dextro-cordée assez marquée.

Eclaircissement progressif du lobe supérieur qui est parfaitement homogène.

Suites éloignées et résultats.

Evolution ultérieure : Le malade sort du sanatorium en bon état général et local pour aller occuper une place d'interne dans un Sanatorium public.

Résultat éloigné (2 ans après l'intervention)

Localement : le poumon gauche ne présente plus à la radiographie qu'une petite tache triangulaire homogène.

Etat général : excellent (reprise de poids 6 kg. depuis sa sortie). Expectoration nulle. B. K. = 0.

Résumé. — Excellent résultat maintenu depuis deux ans après une section de brides complète sur un pneumothorax paraissant déjà efficace.

CONCLUSION

1° L'opération de Jacobæus permet d'agir surtout sur les Pneumothorax dits « moyens », ou « grands partiels » au cours desquels la suppression des adhérences aura des chances d'entraîner une évolution favorable.

2° Les résultats de l'intervention ne seront tenus pour efficaces que si elle entraîne :

— La disparition des bacilles de Koch, vérifiée par des examens répétés, après homogénéisation et inoculation au cobaye.

— La régression sur des clichés successifs des lésions, régression vérifiée au besoin par des stratigraphies ou mieux des tomographies.

3° L'action favorable de l'intervention relève essentiellement des résultats « techniques » qu'elle entraîne.

a) Elle doit s'efforcer d'aboutir à un collapsus complet du moignon ;

b) Cependant il faut savoir que certaines interventions incomplètes s'avèrent efficaces, en particulier lorsqu'elles suppriment les brides dont l'axe de traction coïncide avec le diamètre de la caverne.

4° D'autre part, il faut savoir compter avec :

— Le degré de « malignité » de l'infection tuberculeuse. Il est certaines formes à marche rapide ou progressivement évolutive, dans lesquelles une intervention idéale n'entraîne aucune amélioration.

— Les conditions sociales du malade : c'est un élément fondamental de l'avenir de ces malades opérés de section de brides, sur lequel on ne saurait assez insister.

5° L'application de l'intervention de Jacobæus au cours des Pneumothorax, présentant quelques brides reste encore discutée. Il semble cependant que chaque fois que l'opération apparaît d'emblée aisée, elle est une mesure de sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

SECTIONS D'ADHERENCES PLEURALES — RESULTATS

CANTEGRIL : *Résultats de 70 sections de brides au cours de pneumothorax.* (Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, séance du 6 juillet 1935. In. : Toulouse médical, 15 décembre 1935).

CHANDLER : *Pneumolyse interne, résultats de 110 opérations consécutives.* (The Lancet 19 octobre 1935, page 877).

E. COULAUD : *350 sections de brides par la méthode de Jacobæus.*

- bæus* (Société d'Etudes Scientifiques, séance du 12 janvier 1935. In.: Revue de la Tuberculose, n° 3 mars 1935).
- DERIDER et CLERENS : *Résultat idéal d'opération de Jacobæus*. (Société clinique des Hôpitaux de Bruxelles, séance du 13 avril 1935. In : Bruxelles médical, n° 27. 5 mai 1935 et le Scalpel 1935).
- DOUADY, PATOIR et SWYNGHEDAUF : *A propos de deux résultats de sections de brides*, (réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, séance du 1^{er} mai 1933. In : Nord médical, n° 809, 1^{er} décembre 1933).
- HAUSEN : *Présentation de quelques sections de brides pleurales au cours du pneumothorax artificiel*. (Société clinique des Hôpitaux de Bruxelles, séance du 12 juin 1937. In : Bruxelles médical, n° 40, 1^{er} août 1937).
- Philippe O'HEILLY : *Les résultats de la section de brides par l'opération de Jacobæus dans le pneumothorax artificiel*. (Thèse de Paris, 1930).
- PERRIN et POMMIER : *A propos de 27 sections de brides par la méthode de Jacobæus*. (Gazette médicale de Nantes, n° 1, 1^{er} janvier 1934).
- A. SIIMELOV : *Late results of Jacobæus operation*. (Probl. tuberk. 395-400, 1936).
- Daniel DOUADY et André MEYER : *Les adhérences pleurales dans le pneumothorax artificiel* (Presse Médicale, n° 34, 27 avril 1932, page 653).
- P. DOUADY et P. MEYER : *La section des brides intra-pleurales dans le pneumothorax thérapeutique* (Pratique médicale française, février 1931).
- M. MISTRAL : *La section des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel. Opération de Jacobæus*. (Société Nationale de Médecine et de Sciences médicales, séance du 2 décembre 1931).
- EIZAGUIRRE : *Section des adhérences par le procédé de Jacobæus dans les pneumothorax insuffisants*. (Los Progressos de la Clinica, tome XXXVIII, n° 6, juin 1930).
- A. GENDRON : *Section des adhérences dans le pneumothorax artificiel par la méthode de Jacobæus* (Société Médicale et Chirurgicale des Hôpitaux de Nantes, séance du 14 avril 1930).
- PAJARON : *Toracoscopía y operation de Jacobæus. Caso clinico* (Rev. di Higiene y de Tubere., 31 mars 1929).
- REDAELLI : *Operazione di Jacobæus in « Tre anni di osservazioni in Sanatorio »*. (Stab. tip. Stucchi Ceretti, Milan 1927).
- ROSARIO : *Sulle aderenze pleuriche traenti nel pneumotorace terapeutico*. (Rev. di Patol. e Clinica della Tuberculosis, 30 septembre 1928).

- SCALABRINO : *Sulla panarterite tossica tubercolare nelle aderenze pleuriche* (Congresso Int. Sulla Tub., Rome 1928).
- SCALABRINO : *Sulle aderenze pleuriche traenti nel pneumothorace terapeutico*. (Riv. di Patol. e Clin. della tubercolosi, 30 novembre 1928).
- F. TRIBOULET : *Indications de la section des adhérences dans le pneumothorax artificiel* (Gazette Médicale de France et Pays de langue française, n° 3, 1^{er} février 1932).
- PYRONNET : *Etude de 450 résultats éloignés de section d'adhérences pleurales* (Thèse de Paris 1939).
- J. BOISSONNET : *Le Pneumothorax précocement efficace*. (Thèse de Paris 1938).
-

Section d'adhérences pleurales (Depuis 1933)

- AULAJEU : *Présentation de quelques tuberculeux traités récemment par le pneumothorax et section de brides* (Société de Médecine Militaire Française, séance du 12 mai 1938).
- BALANESCO, ADAMESTRANO et TEODORANO : *Quatre cas de section de bride pleurale. Opération de Jacobæus*. (Revue de Chirurgie, Bucarest, 38 : 7-8 juillet-août 1935).
- L. BERNARD et F. TRIBOULET : *La section de brides dans le pneumothorax artificiel* (Bulletin de l'Académie de Médecine, tome CVII, n° 26, séance du 5 juillet 1932).
- L. BOURGEOIS : *Contribution à l'étude des sections d'adhérences* (Thèse de Lyon, 1936-1937).
- E. COULAUD : *La section de brides au cours du pneumothorax thérapeutique* (Bulletin Médical, 22 décembre 1935).
- H. DEBIENNE : *Sections de brides au cours du pneumothorax artificiel*. (Centre Médical, séance février 1933 n° 2).
- G. DERSCHIED et P. TOUSSAINT : *Etude sur la formation, l'évolution et le traitement chirurgical des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel*. (Journées Médicales Belges, 25-28 juin 1932. In : Bruxelles Méd. n° 14, 5 février 1933 et le Scalpel 9 juillet 1932).
- DERSCHIED et TOUSSAINT : *Section d'adhérences et fistules*. (Société Belge d'Etudes Sc. sur la Tuberculose, séance du 6 février 1936, in Bruxelles Méd. n° 22, 29 mars 1936).

- G. DERSCHÉID et P. TOUSSAINT : *Un cas de guérison par résection d'adhérences pleurales à ciel ouvert.* (Revue de la Tuberculose, n° 9, tome III, novembre 1937).
- D. DOUADY : *Quelques remarques sur les indications et la technique des sections de brides pleurales.* (Gazette Médicale de France et des Pays de langue française, tome XXXIV, n° 20, 15 décembre 1936).
- D. DOUADY et C. LE SFAC'H : *Quelques considérations cliniques et techniques sur les sections de brides* (Société des Méd. de Sanat. et de Dispensaires d'Hygiène, Soc. n° 4, octobre 1936).
- DUGOUJON : *Les renseignements fournis par la radiologie avant la section des adhérences dans le pneumothorax thérapeutique.* (Thèse Lyon 1937-1938).
- FERNANDEZ : *Nouveau mode de cthoracospie combiné par la pratique de la pneumolyse intra-pleurale et l'opération de Jacobæus.* (La Médecine Thérapeutique, 1^{er} juin 1935, page 829).
- GERNEZ et GARCENOT : *Cinquante opérations de sections de brides intra-pleurales pour pneumothorax.* (Société de Médecine du Nord, séance du 24 juin 1938, In : Les Echos Médicaux du Nord, n° 15, page 419, 15 août 1938).
- V. LE PAGE : *Quelques considérations sur les sections de brides.* (Société de Médecine du Loiret, séance du 18 décembre 1935. In : Centre Médical, n° 1, janvier 1936).
- L. LEPEYTRE : *Contribution à l'étude de l'évolution et du traitement des brides au cours du pneumothorax thérapeutique de l'enfant.* (Thèse de Paris 1933, Jouve et C^{ie} éditeurs).
- A. LEVI-VALENSI et P. VIALLET : *Section de brides incomplètes au cours d'un pneumothorax spontanément complété ultérieurement.* (Société de Médecine d'Alger, séance du 29 juin 1938. In : L'Algérie Médicale, août 1938).
- D. MICHETTI : *Considérations sur la section d'adhérences.* (Arch. Médico-Chir. de l'App. Resp., tome XII, n° 2, 1937, page 145).
- O. MISTRAL : *Comment améliorer les résultats du pneumothorax artificiel par la libération des adhérences intrapleurales.* (Ann. de la Faculté Française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth, n° 2, page 119, 1938).
- Ed HAUSEN : *Présentation de quelques sections de brides pleurales au cours du pneumothorax artificiel.* (Le Scalpel, n° 46, 13 novembre 1937).
- SCHOULLIER : *De l'utilité des sections de brides dans les cas*

- de pneumothorax avec expectoration non bacillifère.* (Réunion des Phtisiologues de la région du Nord de la France, séance du 27 mars 1938. In : L'Echo Médical du Nord, 28 février 1939, n° 4, page 122).
- SUANT : *Guérison d'un pneumothorax droit par section d'une longue bride axillaire haute, maintenant béantespélonque du lobe supérieur* (Journées de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, n° 8, 20 mars 1935).
- SUANT : *Pneumothorax section de bride ; guérison.* (Gazette Hebdomadaire des Sc. Médicales de Bordeaux, n° 14, 7 avril 1935).
- R. SWYNGHEDAUW : *A propos de deux cas de sections de brides intra-pleurales au cours du pneumothorax artificiel.* (Echo Médical du Nord, n° 36, 9 septembre 1934, page 425).
- P. TOURNANT : *La section des adhérences dans le pneumothorax thérapeutique.* (Gazette Médicale de France et des Pays de langue française, n° 22, 1^{er} décembre 1932).
- F. TRIBOULET : *Indications des sections de brides dans les pneumothorax artificiels.* (Société des Médecins de Sanat. et de Disp. d'Hygiène Sociale, n° 2, avril 1936). *à*
- TROCME : *La section des brides pleurales dans la pneumothorax artificiel.* (L'Actualité Médicale et Chirurgicale, n° 7, octobre 1934).
- P. TROCME : *Quelques réflexions sur la section des brides pleurales.* (L'Actualité Médico-Chirurgicale, mars 1939, n° 3, page 65).
- P. VERLIAC : *Indications des sections de brides endopleurales par l'opération de Jacobæus.* (Thèse de Paris 1938).
- VIAL : *L'opération de Jacobæus.* (Arch. della Sociedad de Cirujanos de Hospital, n° 9, décembre 1932).
- ZABLOT : *Contribution à l'étude des sections de brides au cours de pneumothorax.* (Thèse Toulouse 1934-35).
- P. WEILLER : *Action controlatérale des sections d'adhérences intrapleurales.* (Revue Médicale Française, avril 1938, page 315).
- G. ZENGUINOFF : *La résection des adhérences pleurales par la méthode de Jacobæus.* (Strasbourg Méd., n° 11, 15 avril 1935).
- G. ZENGUINOFF : *La résection des adhérences pleurales par la méthode de Jacobæus.* (Strasbourg Méd. n° 12, 25 avril 1935).
- ZENGUINOFF : *La résection des adhérences pleurales par la méthode de Jacobæus.* (Thèse Strasbourg, 1934-35).
-

